

*amp*  
Aus der Berliner Irrenanstalt Herzberge.

---

Ein Fall von Adipositas dolorosa  
(Dercumsehe Krankheit).



---

INAUGURAL-DISSERTATION  
ZUR  
ERLANGUNG DER MEDIZ. DOKTORWÜRDE  
AN DER  
FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT  
ZU BERLIN  
VON  
BERNDT GÖTZ,  
approb. Arzt.

---

Tag der Promotion: 23. Juli 1915

---

BERLIN 1915.

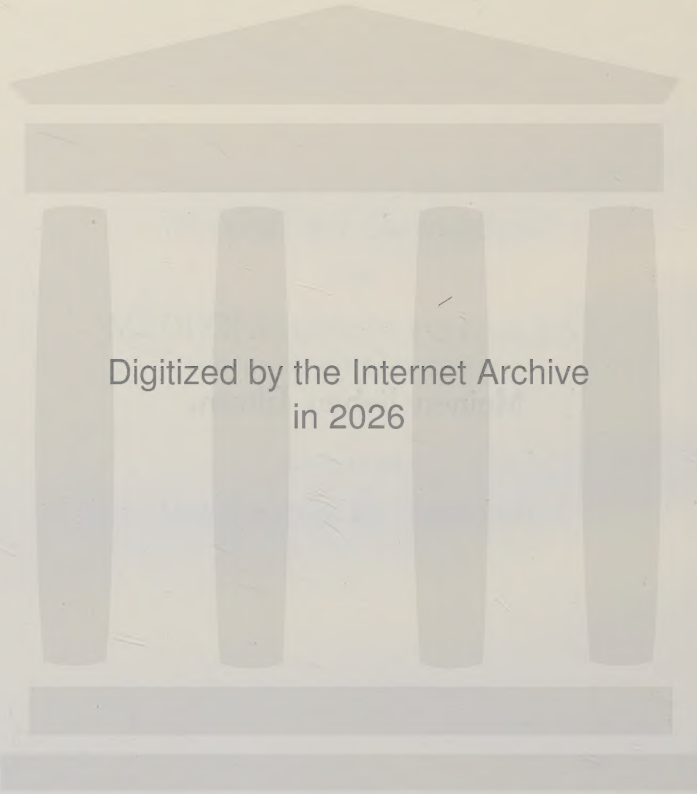
DRUCK VON CARL SIEBERT'S BUCHDRUCKEREI, ELSASSERSTR. 54

GEDRUCKT MIT GENEHMIGUNG  
DER  
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT  
DER UNIVERSITÄT BERLIN.

Referent:

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bonhoeffer.

Meinen lieben Eltern.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

Am 21. I. 1915 wurde die ledige Klara F. aus dem Städt. Friedrich-Wilhelm-Hospital in die Irrenanstalt Herzberge überführt, weil sie einen Selbstmordversuch durch Pulsaderöffnung begangen hatte.

Die F. war bei der Aufnahme hochgradig erregt, sie behauptete, im Hospital von ihrer Umgebung gröblich beschimpft worden zu sein, und erklärte aus dieser Tatsache ihren Selbstmordversuch. Wodurch die Patientin unsere Aufmerksamkeit besonders erregte, war ihr somatischer Zustand. Wir hatten eine 1,35 m große Person vor uns von gedrungenem Körperbau und überreichlichem Fettpolster besonders an den Oberarmen, der Schultergegend, der Brust, dem Bauch und den Oberschenkeln.

Jede Berührung der wammenartig hängenden Fettmassen beantwortete die Kranke mit Schmerzäußerungen, die am stärksten waren, wenn man das Fett anhob und dabei die Haut darüber verschob. Wir konnten uns der bei der Patientin schon vor Jahren in der Kgl. Charité gestellten Diagnose A. D. oder Dercum'scher Krankheit wohl anschließen und haben uns das nähere Studium des Falles, um einen Beitrag zur Nosologie der A. D. zu liefern, anlegen sein lassen.

Den Namen A. D. verdankt der Symptomenkomplex dem Amerikaner Dercum, der im Jahre 1888 zuerst einen Fall veröffentlichte, bei dem starke Fettinfiltration des Unterhautbindegewebes und dessen starke Schmerzhaftigkeit offenbar in Zusammenhang standen. Nachdem Henri 1891 einen weiteren Fall mit den gleichen Symptomen beschrieben hatte, schlug Dercum nach Untersuchung eines neuen Falles für das Krankheitsbild den Namen A. D. vor.

Seitdem haben sich deutsche und fremdländische Aerzte mit der Untersuchung der Erkrankung beschäftigt, ohne indessen entscheidende Aufschlüsse über das Wesen der Krankheit zu bringen und über wesentlich mehr Klarheit gewonnen zu haben, als über die beiden Erscheinungen, die dem Leiden den Namen geben: Fettsucht und Schmerzhaftigkeit der Fettmassen.

Ueber die Aetiologie der Krankheit wissen wir wenig. Prädisponiert scheint das weibliche Geschlecht zu sein, doch ist nach Hirschfeld eine Prozentzahl von 16—25 % männlicher Individuen an den Krankheitsfällen beteiligt.

Von den erkrankten Frauen verlegen die meisten den Beginn ihres Leidens in die Jahre der Menopause; d. h. um die Mitte des 5. Dezenniums; doch ist auch dies keineswegs allgemein gültig, da Fälle von 30—35 Jahren nicht selten sind. Mc. Carthy und Dercum beschrieben 1902 einen Fall, bei dem die Krankheit schon mit dem 17. Lebensjahre begann. Ebenso beschreibt Gerhardt eine 28jährige Patientin, bei der in ihrem 17. Jahre, d. h. zur Zeit, als die Menses einsetzten, sich in wenigen Wochen das typische Bild der A. D. entwickelte.

Starck führt sogar ein 7jähriges Kind mit Dercumscher Krankheit vor, bei dem sich seit dem 2. Lebensjahre die Fettmassen entwickelt haben sollen. „Als Frühgeburt geboren, zeigte es vom 2. Jahre an eine ungewöhnliche Gewichtszunahme; es wog mit 7 Jahren 40 kg. Die geistige Entwicklung blieb dagegen zurück,“

Die Krankheit kommt aber auch im Greisenalter vor. So wird von einem Fall, der im 82. Jahre erkrankte, berichtet.

Ebensowenig wie uns das Alter der Kranken genügenden Hinweis auf das Krankheitsentstehen gibt, können uns die übrigen ätiologischen Angaben zur Erkenntnis des Leidens verhelfen.

Manche Autoren z. B. Strübing wollen der Anämie „einen gewissen chemischen Einfluß auf das Fett“ zuschreiben, ohne daß bei jedem Fall von A. D. Blutbildver-

änderungen im Sinne einer Anämie gefunden worden wären. Der gleiche Autor glaubt auch, in statischen Momenten die Entstehung des Leidens begründet zu sehen, da die Krankheit meistens an den Unterextremitäten beginnt. Wie ist es dann zu erklären, daß das untere Drittel des Unterschenkels und namentlich die Füße nie ergriffen sind?

In der Anamnese mancher Fälle finden wir Angaben über neuropathische Konstitution; so beschreibt z. B. Henri bei einer 64 Jahre alten Frau, sie habe als Kind Anfälle gehabt, die mit Bewußtseinsverlust und Vorderkopfschmerz einhergingen. Kastan will bei einem seiner Fälle, einem 18jährigen Mädchen, anamnestisch nachweisen, es habe seit seinem 6. Lebensjahre an Krämpfen gelitten; es lernte spät sprechen; auch bei diesem Mädchen trat übrigens die A. D. mit dem 16. Jahre, gleichzeitig mit dem Beginn der Menses, ein. Herr K. führt die Krankheit auf Störungen der Innensekretion von Ovarien und Hypophyse zurück; Gerhardt hält Anomalien im System der Thyreoidea und der Hypophyse für das die Krankheit auslösende Moment.

Alkoholismus, ererbte und erworbene Lues sind nach Hirschfeld anamnestisch festgestellt worden. Als weitere Ursachen kommen, wie derselbe Autor meint, Traumen somatischer und psychischer Art, Rheumatismus und Typhus vor.

Gelegentlich scheint die Krankheit familiär aufzutreten. Hammond konstatierte bei 2 Schwestern die gleiche Affektion; Abrahams fand bei der Tochter einer an A. D. leidenden Patientin Symptome, die der A. D. ähnlich waren. (Kraft).

Fassen wir kurz zusammen, so finden wir in der Literatur ätiologisch oder wenigstens anamnestisch festgestellt:

Neuropathische Konstitution, Momente, die auf Störung innensekretorischer Vorgänge hinweisen, Infektionskrankheiten, Traumen (psychische und somatische), dann noch Lues und Alkoholismus und all dies bei Individuen der verschiedensten Lebensalter regellos verteilt.

Was die Symptomatologie anbetrifft, so unterscheidet Hirschfeld 4 Kardinalsymptome:

1. Fettwucherungen,
2. Schmerzen,
3. allgemeine Muskelschwäche
4. psychische Veränderungen.

Die Fettwucherungen beginnen meist an der unteren Körperhälfte, oft in der Gegend der Kniee und breiten sich über den Stamm des Körpers und die proximalen Abschnitte der Extremitäten aus; seltener werden die distalen Teile ergriffen; Bab beschreibt bei einem 19jährigen Dienstmädchen, daß neben allgemeinen Fettmassen besonders das untere Drittel der Unterschenkel starke Verdickungen aufwies; „die Beine imponierten über den Malleolen als zwei cylindrische Wülste.“ Aehnlich beschreibt Byloff das Bild, wo bei diffusen Fettwucherungen diese wie Wülste herabhängen.

Gesicht, Hände und Füße bleiben meist völlig frei. Die Fettmassen sind oft durch Einschnürungen in Territorien geteilt; diese „Marken“ können sowohl durch die natürlichen Körpersegmente bezeichnet als auch artifiziell hervorgerufen werden. So bilden sich an Handgelenks- und Malleolarlinie bei starkem Ueberhängen des Fettes Manschetten- und Gamaschenformen, Mammae und Bauchdecken können zu unförmlichen Schürzen werden; andererseits werden Furchen und Kerbe an den Stellen geschaffen, wo der Stiefel oder das Strumpfband das Bein fest umschließen.

Die Fettmassen können enorme Grade erreichen, so daß Gewichtszahlen von 200—300 Pfd. erreicht werden.

Die Konsistenz des Fettes ist verschieden; bald gleicht sie der eines weichen, gelappten Lipoms, bald ist sie fester, so daß man das Gefühl von zähem Speck hat; es gibt Formen, die der Betastung die Festigkeit einer Hydrocele bieten, während bei anderen sich förmliche Stränge unter der Haut palpieren lassen, „als befühle man ein Paket Würmer“. Selbstverständlich wird die Palpation verschiedene Resultate liefern, wenn die Fettmassen tief oder nur flach unter der Haut liegen. Diese ist übrigens mit den Fett-

massen nicht verwachsen. Gelegentlich findet sich neben bläulicher Farbe eine feine Gefäßzeichnung in der Haut, die wohl durch Zirkulationsstörungen gezeitigt wird, welche durch die Fettmassen der Subcutis hervorgerufen werden.

Erwähnt sei schon hier, daß nicht nur die Subcutis, sondern auch die Cutis selbst fettreicher gefunden wurde.

Wichtig ist, daß bei Druck auf die Fettmassen keine Delle entsteht; hierdurch unterscheidet sich prinzipiell die A.D. von den verschiedenen Oedemen Charcots und Sydenhams.

Mit Recht betont Dühring in seiner Arbeit über A.D., daß ein Oedem, das auf Druck keine Delle hinterläßt, nicht existieren kann, mag es nun durch Stauung infolge von Herzschwäche oder durch veränderte Gefäßinnervation hervorgerufen sein. Oedem ist unter allen Umständen gleichbedeutend mit seröser Flüssigkeit im Gewebe; hieraus ergibt sich, daß 1. bei Druck eine Delle bleiben muß, 2. daß bei Einstich notwendigerweise Flüssigkeit abtropfen muß. Auch das letztere trifft bei der A. D. nicht zu.

Thimm will in seiner Untersuchung deutliche Ähnlichkeit zwischen den schmerzenden circumskripten Lipomen und der A.D. finden. Er behauptet, daß sowohl beide Prozesse beim gleichen Individuum vorkommen, als auch, daß durch fortschreitende Entwicklung und Wachstum sehr wohl aus mehreren Lipomen die allgemeine Fettinfiltration hervorgehen könne. Die Lipome hätten dann ihre Bindegewebskapseln gesprengt und sich vereinigt; dem gegenüber betont. Düring wohl mit Recht, daß dann wenigstens die Reste der Kapsel an der dem Nachbardiplom abgewandten Seite noch nachweisbar sein müssen, was aber in der Tat nicht der Fall ist.

Ebenso wollen Schwenkenbecher und Strübing keine Uebergänge zwischen schmerzenden Lipomen und dem Bilde der A. D. gelten lassen. Kommen scheinbare Grenzfälle vor, so handele es sich eben um die Kombination zweier verschiedener Krankheitsbilder, wie ja auch einfache Lipome

bei fetten Individuen vorkommen können, Die beiden Autoren stellen sich also mit der von Roux und Vitaut gewählten Einteilung in *forme nodulaire*, *forme diffuse localisée* und *forme généralisée* insoweit in Gegensatz, daß nach ihren Ausführungen wenigstens die erste der drei Untergruppen von der A.D. losgetrennt werde.

Wir sind heute wohl noch nicht in der Lage, einem der Forscher unsere Zustimmung zu erteilen, da wir weder für den einen noch für den anderen Prozeß — schmerzendes Lipom und irgend eine Form der A.D. — über Aetiologie und Pathophysiologie unterrichtet sind; wir können nur Hirschfeld beistimmen, wenn er rät, bei einem noch wenig ausgebauten Krankheitsbilde nicht zu freigebig mit Unterabteilungen und atypischen oder Grenzformen zu arbeiten.

Wenden wir uns nun zum zweiten Hauptsymptom, der Schmerzhaftigkeit. Sie leitet oft die ganze Krankheit ein; die Patienten haben zuerst das lästige, wenn auch noch nicht direkt schmerzhaftes Gefühl des „Kaltwerdens, Kribbelns“ z. B. in der Gegend der Kniee. Ebendort zeigen sich später die Fettwucherungen. Die eigentlichen Schmerzen können spontan und bei Berührung oder Druck auftreten; sie können von leichter Empfindlichkeit bis zu Paroxysmen sich steigern, sodaß die Patienten schon bei leisester Berührung in Klage-laute ausbrechen. In einem Falle von Mc.Carthy zeichneten sich die Fettmassen durch besondere Vulnerabilität aus; bei leisestem Druck auf sie entstanden Blutergüsse, ja sogar Geschwüre. Wichtig ist, daß bei den Kranken nur die Fettwülste schmerzhaft oder schmerzempfindlich sind; an den freigebliebenen Stellen werden Druck oder Zug an der Haut schmerzlos ertragen.

Die Schmerzhaftigkeit erklären die Autoren verschieden. Unter anderem schreibt von Noorden gerade diesen Fettwucherungen ein gewisses aggressives Verhalten gegenüber den das Gebiet durchziehenden Nerven zu. Schwenkenbecher betont, daß die Veränderungen in der Zirkulation des Blut- und Lymphstromes in den Gebieten der Fettsammlungen zugleich mit dem Anwachsen dieser einen Druck auf die das Gebiet durchziehenden feineren Nerven ausüben.

Daß nicht nur die sensiblen, sondern auch die vasomotorischen Nerven in Mitleidenschaft gezogen werden, erklärt übrigens auch die Tatsache, daß je nach der Regelung des Zu- resp. Abflusses des Blutes und der Lymphe die Haut überden Fettmassen bald bläulicher und kühler ist, bald normale Temperatur zeigt, bald härter und straffer, bald weicher sich anfühlt. Sicher ist so auch die spontane Schmerzhaftigkeit mit ihrem Wechsel, der sich oft an Witterungsveränderungen anschließt, erklärt.

Die Gefühle für Berührung, Schmerz, Wärme und Kälte findet Strübing bei der A. D. stark herabgesetzt. Auch bei einem Fall von Dercum fanden sich einige konstant anästhetische Gebiete.

Schwenkenbecher erklärt dies mit einer Neuritis der feineren Nervenendigungen, wie sie auch bei Alkoholikern getroffen wird. Zu dem eigentlichen Bilde der A. D. soll diese Anästhesie eigentlich nicht gehören.

Mit diesen Aeüßerungen Schwenkenbechers deckt sich der Befund Dammanns, welcher, abgesehen von einer Fettdurchwachsung der Nerven, nirgends die Zeichen einer neuritischen Veränderung fand.

Burr dagegen erwähnt, er habe in der Nähe von Fettmassen an mehreren Nerven interstitielle Neuritis nachweisen können. Regelmäßig oder auch nur häufig scheinen solche Befunde aber nicht zu sein.

Die allgemeine Muskelschwäche ist bei A. D. ein konstantes Symptom. Die Kranken ermüden leicht, können leichtere oder schwerere Arbeit nicht mehr leisten; gelegentlich können sie sich kaum mehr aufrecht halten; sie liegen matt und abgeschlagen im Bett oder auf dem Sofa.

Dühring teilt zur Illustration die dynamometrischen Ergebnisse bei einem seiner Fälle mit:

|           |                |
|-----------|----------------|
| Rechts 40 | } Teilstriche, |
| Links 15  |                |

allerdings auffallend geringe Werte.

Die verschiedenen Muskeln zeigen bei der elektrischen Prüfung stets die normale Reaktion.

Schwenkenbecher hält die Muskelschwäche für die Folge einer Muskelatrophie, die ihrerseits wieder durch zwei Momente bedingt sein kann:

- 1) Die Inaktivität; die Kranken scheuen jede Bewegung, um sich die mit der Hautverschiebung verbundenen Schmerzen zu sparen.
- 2) Sollen durch den Druck des Fettes direkt schlechte Ernährungsverhältnisse für den Muskel geschaffen werden.

Bevor wir die psychischen Veränderungen der A. D. betrachten, mögen einige Worte über einzelne Nebenerscheinungen folgen, die nicht selten bei dem Krankheitsbilde sind.

Es findet sich nämlich gelegentlich verminderte Schweißsekretion.

Dercum hält dies für ein direkt zum Krankheitsbilde der A. D. gehörendes Symptom; er stellt es als wesensverwandt mit der gleichen Erscheinung bei Myxödem dar. Ähnlich äußert sich Ewald, der „gewissen Drüsen einen direkten trophischen Einfluß auf den Wassergehalt der Haut zuschreibt, bei deren Dysfunktion abnorme sekretorische Phänomene auftreten müssten.“

Schwenkenbecher will die verminderte Schweißsekretion — wohl mit Unrecht — mechanisch erklären; es sollten die Fettmassen auf die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen drücken und so die Absonderung des Schweißes verhindern. Dies ist aus zwei Gründen unwahrscheinlich; denn wenn bei dem Druck auf den Ausführungsgang die Sekretion selbst nicht beeinträchtigt wäre und weiterginge, so hätten wir häufigere Angaben über Retentionszysten. Ferner ist nicht einzusehen, warum denn am Handteller, der doch bekanntermaßen schweißsekretorisch an erster Stelle steht, die Sekretion gleichfalls fehlt, obwohl die Hände und Füße doch von Fettmassen frei sind.

Viele Autoren beschreiben auch eine Disposition zu Blutungen, eine Art hämorrhagischer Diathese bei A. D. Eine

Patientin von Dercum litt unter abnorm starker Menstruation, ferner an Bluterbrechen und Nasenbluten, M. Carthy beschreibt bei seinem Falle unstillbares Nasenbluten fast bis zur völligen Ausblutung. Daß die Fettmassen oft zu Blutungen neigen, die schon bei kleinen Traumen, ja bei gelegentlichem Anstoßen an die Bettkante auftreten, haben wir schon früher erwähnt.

Betrachten wir nun das 4. Hauptsymptom, die psychischen Veränderungen bei der A. D. Sie sind mannigfacher Art; so unterscheiden sie sich grundsätzlich von denen bei Myxödem; finden wir hier fast immer eine recht gleichartige geistige Veränderung, den Kretinismus, so haben wir bei A. D. die verschiedenen Bilder psychischer Erkrankungen, angefangen von leichter Charakterveränderung und Abnahme der Geisteskraft bis zur schweren Psychose.

Jedenfalls können wir Dühring nicht beistimmen, wenn er die verschiedenen nervösen Symptome als hysterisch bezeichnet und sie mit dem Ueberwiegen der A. D. bei dem weiblichen Geschlecht in der Zeit des Klimakteriums erklärt:

„Viele Kranke wiesen ein altes Genitalleiden auf (retroflexio uteri), was ja oft als eine Psychose begünstigendes Moment angesehen wird.“

Dühring ist begreiflicherweise von dem Bilde einzelner selbst beobachteter Fälle in seinem Urteil beeinflusst; namentlich bei einem seiner Fälle dürfte in der Tat die Diagnose Hysterie die einzig richtige sein. Es handelt sich hier um eine Kranke, die in verschiedenen Intervallen Schreikrämpfe bekommt; dabei fühlt sie aufsteigend von den Füßen Kribbeln und fällt um, ohne jedoch dabei das Bewußtsein zu verlieren; der Anfall, der sich namentlich bei Aerger oder Schreck einstellt, d. h. durch ein äußeres Moment hervorgerufen ist, dauert wenige Minuten bis  $\frac{1}{4}$  Stunde; hierauf ist die Kranke unfähig, sich zu bewegen oder zu sprechen.

Strübing fand gleichfalls verschiedene Erscheinungen von Hysterie bei derartigen Patienten; doch können wir bei der Lektüre anderer Krankheitsberichte und eigener Beobachtung nicht sämtliche psychische Erkrankungen, die sich bei A. D. finden, als hysterische oder im engeren Sinne klimakterische Psychose bezeichnen.

Die Literatur gibt uns manche Hinweise, von denen einige erwähnt seien. Ein Fall von Dercum litt an gelegentlicher Zerstreuung, eine andere Patientin des gleichen Autors an Gedächtnisschwäche, und zwar stellte sich diese gleichzeitig mit der Krankheit ein. Dasselbe beschreiben Kaplan und Fedotow in der Allgem. Med. Zentralzeitung. 1902.

Mc. Carthys Kranke litt an epileptiformen Anfällen, die etwa alle drei Wochen auftraten und mit Bewußtseinsverlust einhergingen.

Guillain findet gelegentlich bei A. D. Gedächtnisschwund, Depression, Melancholie; es kam sogar zum Mordversuch am Gatten und zum Suicidversuch. Starke Reizbarkeit beschreiben Roux und Vitaut (Kraft).

Auch Zusammenfallen von Dem. praecox mit A. D. schildert Westphal bei einem Fall.

Ballet erwähnt in der Presse médicale 1903, er habe geistige Störungen beobachtet im Sinne von Charakterveränderungen (Launenhaftigkeit), Traurigkeit. — Eshner beschreibt sogar Verfolgungsideen. Ballét's eigener Fall, eine Frau von 68 Jahren, „est devenue émotive coléreuse, d'humeur acariâtre; après une forte émotion la tristesse de la malade s'est encore accrue au point de revêtir le caractère d'une véritable mélancholie; la mémoire a considérablement baissé, elle tenta de se suicider en se jetant par la fenêtre.“ Ballet glaubt weiterhin, eine gewisse „incohérence dans les actes, un peu d'obnubilation de l'intelligence et une torpeur de la mémoire“ konstatieren zu können und nennt zusammenfassend den Zustand *dépression mélancolique*. Ganz anders schildert Debove in den Archives générales de médecine 1903 den psychischen Zustand einer 52 jährigen Kranken, sie schwatze viel, man könne sie kaum zum Schweigen bringen, präzise Antworten seien von ihr nicht zu erhalten; sie sei immer leicht verworren, leide an Ideenflucht, sei dabei vergeßlich und traurig.

Hall und Walbrach (American Journal of the medical sciences) beschreiben 2 Fälle von A. D. Bei dem einen finden

sie geistige Stumpfheit und Reizbarkeit, bei dem anderen ebenfalls große Reizbarkeit, eine ausgesprochene Sucht grundlos zu zanken und vage Beeinträchtigungsideen; sie queruliert dauernd und eifert gegen Aerzte und Wärterinnen, indem sie Klage führt, man vernachlässige, ja mißhandele sie.

Manche Fälle erkranken überhaupt nicht psychisch; auch dies ist ein Punkt, in dem sich A. D. vom Myxödem, bei dem ja psychische Veränderungen notwendig zum Krankheitsbilde gehören, unterscheidet.

Der ganze Verlauf der Krankheit ist ein eminent chronischer. Das Leiden erstreckt sich über Jahre hinaus. Der Beginn ist meist schleichend; oft sind Schmerzen und Parästhesien, Gefühl von Kälte, Kribbeln, die Anfangssymptome, denen dann erst die Fettwucherungen folgen. Es dauert etwa 5 Jahre, bis die Krankheit in ausgesprochener Weise alle Charakteristika darbietet.

Stillstände und Remissionen, die Jahre hindurch dauern, sind häufig; in diesen Zeiten können Schmerzen ganz fehlen oder auf ein erträgliches Maß beschränkt sein. Das Wieder-aufleben der Krankheit geschieht gelegentlich paroxysmal, hierbei sind Oedeme der lipomatösen Parteen, Rötung der darüberliegenden Haut und Desquamation beschrieben worden.

Andere Autoren berichten von Polyurie und Haarausfall während der Schmerzattacken. (Kraft).

Welche Prognose können wir quoad vitam et sanationem den Kranken stellen?

An sich ist die A. D. keine tödtliche Krankheit; an Muskelschwäche und Entkräftung ging kaum ein Patient zu Grunde; der Tod, wenn überhaupt vorzeitig, erfolgte an interkurrenten Leiden. Die ans Bett gefesselten Patienten können an Stauungsbronchitiden und hypostatischen Pneumonien ad

exitum kommen. Außerdem scheint die schlecht ernährte Haut einen locus minoris resistentiae für das Erysipel zu bilden.

Ist also quoad vitam die Prognose als leidlich, so ist sie quoad sanationem als schlecht zu bezeichnen. Wenn die Krankheit nicht spontan auf einer für den Patienten erträglichen Höhe sich hält — unsere Heilerfolge, das müssen wir eingestehen, sind nur sehr dürftige.

Am meisten verbreitet dürfte die Schilddrüsentherapie sein; Bab äußert sich hierüber etwa so: es werden ja bei Fettsucht allgemein Thyreoidinkuren gemacht; warum sollten sie gerade bei A. D. gänzlich versagen? Burr und Giudiceandra hätten Erfolge damit gehabt.

Dem widersprechen die Erfahrungen anderer Autoren, die mit Schilddrüsendarreichungen nichts erreichten. So z. B. schreibt Starck, daß, selbst bei Nahrungseinschränkung, Schilddrüsendarreichungen erfolglos blieben. Ebenso wenig helfen nach Kastan Hypophysenextraktinjektionen.

Dühring und Strübing raten direkt von Schilddrüsenbehandlung ab und empfehlen physikalische Mittel, Bäder und namentlich Massage. Hierbei leitet sie der Gedanke, daß schon — wie erwähnt — von selbst das Fett die Stellen meide, wo ein Druck z. B. durch Stiefel oder Strumpfband ausgeübt werde. Sie suchen nun diese für die Fettansammlungen ungünstigen Verhältnisse durch Massage künstlich herbeizuführen. Ihren Teilerfolgen stehen bei anderen Aerzten gänzliche Mißerfolge mit dieser Therapie gegenüber.

---

Im Ganzen können wir sagen, daß die Feststellung der A. D. bei einem Kranken leicht ist.

Gegen die Verwechselung mit einer Neuritis schützt die mangelnde Druckempfindlichkeit einzelner Nervenstämme; bei Dercumscher Krankheit ist die diffuse Masse des Fettes schmerzhaft, auch fehlt bei ihr die Muskelathrophie. Die Muskeln sind funktionell schwächer, aber nicht quantitativ; auch zeigen sie nie E. A. R.

Unschwer läßt sich auch A. D. von Neurasthenie und Hysterie unterscheiden; die Schmerzen sind nur auf die Fettansammlungen beschränkt, selbst wenn letztere noch so gering sind. Ferner sind bei A. D. Sensibilitätsstörungen seltener.

Gelegentlich gehen die an A. D. erkrankten Personen als Rheumatiker; doch ist wieder die ganz circumskripte Schmerzhaftigkeit der Fettmassen und die Unbeeinflussbarkeit der Schmerzen durch Antirheumatica als diagnostisches Hilfsmittel leicht zu verwerten. Außerdem weist Bab mit Recht darauf hin, daß bei ruhendem Gelenk der Schmerz des Rheumatikers aufhört, was auch durch die Lokalisation der Schmerzen ohne weiteres klar ist; der A. D.-Kranke hat aber auch bei ruhendem Gelenk durch Anheben der Haut seine Schmerzen.

Am ehesten noch konnte man die Kranken beim ersten Anblick mit Myxödematösen verwechseln, doch zeigen sich bei näherer Betrachtung unschwer die Unterschiede

Es fehlt zunächst bei A. D. das Plumperwerden der Hände und Füße; es fehlen die für Myxödem charakteristischen Veränderungen der Haut und ihrer Anfangsgebilde, der Haare und Nägel; es fehlt ferner die für Myxödem spezifische psychische Alteration; endlich können wir wohl noch erwähnen, daß die bei Myxödem so erfreuliche Besserung durch Schilddrüsenbehandlung ausbleibt.

Von Elephantiasis, die ja auch mit Plumperwerden der Gliedmaßen verbunden ist, unterscheidet sich die A. D. durch die ganze Art der Genese, bei der Elephantiasis ist sie in einer Lymphstauung zu suchen und nur in einer solchen, bei der A. D. tritt Lymphstauung höchstens sekundär hinzu.

Immerhin wäre eine Verwechselung beider Krankheiten denkbar.

---

Wir kommen nun zu den Ergebnissen der pathologischen Anatomie bei A. D., die Schmincke im Aerztl. Verein zu München in seinem Vortrage folgendermaßen zusammenfaßt:

10 Fälle von Dercumscher Krankheit sind bisher zur Obduktion gekommen.

Das gewucherte Fettgewebe war in den meisten Fällen histologisch ohne Besonderheiten; in einem Falle von Dercum zeigte es einen „jugendlichen“ Charakter, viel junge Fettzellen, Lipoblasten, in einem zweiten Falle desselben Autors war es fibrös; die Gefäße in ihm verdickt; das letztere war auch im Falle von Guillaïn-Algerier beobachtet worden; die bisher gefundenen Veränderungen am Zentralnervensystem beschränken sich auf geringe degenerative Prozesse im Bereich der Goll'schen Stränge im Rückenmark (Dercum); in mehreren Fällen wurde eine Neuritis der feinen, im gewucherten Fettgewebe verlaufenden Nervenstämmen beobachtet; öfters waren die großen Nervenstämmen (Ischiadicus, Medianus, Ulnaris) stark fettdurchgewachsen. Besonderes Interesse verdienen im Hinblick auf die Pathogenese der Dercumschen Krankheit die bisher bei den obduzierten Fällen festgestellten Veränderungen an den Drüsen mit innerer Sekretion. In 9 Fällen unter 10 war die Schilddrüse verändert; die Veränderungen waren verschieden; teils war das Organ kleiner als normal, hart, fibrös, mit Kalkkonkrementen versehen, teilweise fibrös verdickt, teilweise adenomatös hypertrophiert; in 2 Fällen fanden sich papilläre Wucherungen des Follikel-epithels, einmal Lymphocytenhaufen im Interstitium und frische entzündliche Zellinfiltrationen daselbst. Die Hypophyse war in 3 Fällen verändert, einmal durch ein Gliom total zerstört, einmal zu  $\frac{3}{4}$  zerstört durch einen Tumor (Adenocarcinom (Dercum)), einmal stark hypertrophisch ohne Prävalieren einer besonderen Zellart bei der Hypertrophie.

Das Pankreas war, soweit es überhaupt erwähnt ist, stark fettdurchgewachsen. In einem Falle war die rechte Nebenniere stark hypertrophisch (Rinde und Mark gleichmäßig). Ueber die Epithelkörperchen existieren bisher keine Angaben.

Die Geschlechtsdrüsen waren, soweit erwähnt, verändert. Die Ovarien klein, hart, sklerotisch, mit Schwund der follikeltragenden Zone. In einem Fall von Dercum (39jähriger Mann) waren die Hoden klein, atrophisch, mikroskopisch ohne Andeutung der Spermiogenese.

Schmincke obduzierte selbst eine 61jährige Frau; es fand sich im zentralen wie im peripheren Nervensystem kein pathologischer Befund, nur waren die großen Nervenstämmе stark fettdurchwachsen, im gewucherten Fettgewebe waren reichlich Lipoblasten vorhanden. Von den Drüsen mit innerer Sekretion war die Schilddrüse adenomatös hypertrophisch, die Hypophyse normal bis auf geringe Wandinfiltrationen der Rathkeschen Zysten.

Die Eierstöcke waren klein, atrophisch, ohne Follikel; Pankreas stark fettdurchwachsen. Epithelkörperchen, Nebennieren o. B.

Thymus nicht mehr vorhanden. Schmincke kommt zu dem Schluß, daß die bisher bei den autoptisch untersuchten Fällen von A. D. gefundenen Veränderungen an den Drüsen mit Innensekretion in ihrer pathologischen Bedeutung zu geringe sind, als daß die Beteiligung dieser Organe bei der Pathogenese sich über den Rahmen bloßer Vermutungen erhebt. Vorläufig ist die Pathogenese noch unklar.

---

Nun zur Beschreibung des von mir beobachteten Falles.

Aus der Familienanamnese wissen wir, daß der Vater der Patientin Diabetiker war, die Mutter tuberkulös gewesen und auch an Tbc. gestorben ist. 3 Geschwister der F. sind gesunde Personen, die aber auch etwas zu Fettleibigkeitneigen.

Die persönliche Anamnese gibt uns folgende Tatsachen:

Bis zu ihrem 13. Lebensjahre hat die F. an epileptischen Anfällen gelitten; erst mit dem 6. Lebensjahre hat sie laufen gelernt und ist aus diesem Grunde erst spät zur Schule gekommen; auch sonst war ihr Schulbesuch selten und unregelmäßig, weil sie kränkelte.

Im Unterricht erwarb sie nur geringe Kenntnisse, was die F. teils auf die Unregelmässigkeit des Schulbesuches, teils auf eine leichte Ermüdbarkeit beim Lernen zurückführt.

Ihre epileptischen Anfälle hatte sie ziemlich häufig, etwa 2—3 mal in der Woche; nach dem 13. Jahre besserte sich der Zustand; die Krämpfe verringerten sich an Zahl und Intensität und schwanden dann ganz. Infolge von geistiger

und körperlicher Schwäche wurde sie nicht voll erwerbsfähig z. B. will sie Zittern der Hände gehabt haben, daß sie nicht die Nähnadel einfädeln konnte, sie mußte von ihren Angehörigen materiell unterstützt werden.

Menses traten im 17. Lebensjahre ein; sie waren stets unregelmässig und schwach und wurden erst kräftig, ja profus, in der Zeit vor ihrem Sistieren im 52. Lebensjahre. Mit 17 Jahren erkrankte sie an Ruhr.

Im Jahre 1909 wurde die F. in der Charité wegen A. D. und Blasenbeschwerden, Mattigkeit und Händezittern ohne Erfolg behandelt.

Von dort wurde sie bald entlassen, um dann im Rudolf Virchow-Krankenhaus einer neuen Kur sich zu unterziehen.

Wir lassen den dortigen Befund aus dem Jahre 1909 folgen:

Anamnese: Bereits seit 37 Jahren Klagen über Gliederschmerzen und teigige Schwellung der Haut; seit 3 Wochen Gelenkschmerzen, namentlich im Ellbogengelenk, ferner Muskelschmerzen im Kreuz; Klagen über leichte Ermüdbarkeit und Schläfrigkeit am Tage bei schlechtem Schlaf in der Nacht. (Hierüber klagt sie schon seit 1 Jahre).

Pat. leidet seit längerer Zeit an Kopfschmerzen, die als „fahrend“ bezeichnet werden und in der Scheitelgegend besonders heftig sein sollen. Die F. klagt auch über Haar- ausfall in den letzten Jahren, sowie über Kältegefühl in den Extremitäten.

#### Frühere Krankheiten:

Bis zum 13. Jahre epileptische Krämpfe; mit 17 Jahren Ruhr; dann im Februar 1909 wegen Blasenbeschwerden etc. in der Charité behandelt. Pat. konnte angeblich den Urin nicht halten; die Blasenschwäche soll 4 Wochen angedauert haben; sie soll sich nach einer Behandlung mit heißen Bädern und Massage gebessert haben; außerdem erhielt die Pat. Thyreoidin; dies allerdings ohne Erfolg.

Infectio vener. negatur

Aborte }  
Partus } will die F. nie gehabt haben.

Ebenso wird Potatorium negiert.

Aeußere Verhältnisse:

Seit 10 Jahren ist die F. ohne Beschäftigung und erhält Armenunterstützung, früher war sie in der Buchbinderei-beschäftigt.

Status: Eine kleine Person in leidlich gutem Kräfte- und Ernährungszustand.

Am ganzen Körper eigentümliche Schwellung, die besonders an den Extremitäten hervortritt.

Haut gespannt, nirgends in Falten abhebbar; bei Fingerdruck keine Dellenbildung.

Extremitäten fühlen sich kühl und feucht an. Es besteht starker Tremor der Hände, besonders bei intendierten Bewegungen. Außerdem Tremor der Zunge.

Sensibilität nirgends gestört.

Sehnenreflexe vorhanden.

Muskulatur, sowie das „myxödematöse“ (?) Unterhautzellgewebe sehr druckempfindlich.

Lungen o. B.

Abdomen desgl.

Urin Alb. — Sacch. — Sehr geringe Diurese. 900 bis 1200 ccm pro die. Temp. 37,4—37,6.

Pat. klagt über allgemeine Mattigkeit und Körperschwäche, verbunden mit Kreuz- und Muskelschmerzen.

Pat. wird mit Thyreoidin tägl. 3 mal 0,32 g behandelt, daneben erhält sie Licht- und CO<sub>2</sub>-Bäder. Bisher keine Tachykardie.

Diurese noch nicht gehoben; starker Tremor. Pat. erhält Parathyreoidintabletten; Behandlung wird als erfolglos abgebrochen. Schmerzhaftigkeit von Rumpf und Extremitätenmuskulatur dauert fort.

Allgemeine nervöse Reizbarkeit der Stimmung. Tremor der Hände besteht weiter.

Soweit die Krankengeschichte.

Die F. wurde entlassen und dem Siechenhanse überwiesen, wo sich in ihrem Verhalten mancherlei Besonderheiten zeigten.

Ihre schon im R. V.-K. bemerkte Reizbarkeit steigerte sich außerordentlich, sie wurde übelnehmerisch, zanksüchtig, querulierend; auch ließ sie sich gelegentlich zu Tätlichkeiten hinreißen.

Dem Inspektor des Siechenhauses schrieb sie, daß sie von den Wärterinnen völlig vernachlässigt werde und daß sie in ihrem Bett täglich 6—8 Wanzen fange; auch müsse sie von den Pflegerinnen gemeine Schimpfreden erdulden.

Die nachfolgende Untersuchung ergab, daß das Lager der F. von Ungeziefer ganz frei war; auch die Angaben über die Beschimpfungen haben sich nicht verifiziert.

Dagegen fand eine Pflegerin eine Unmenge alter Backwaren im Tischkasten und im Bett der F., welche diese offenbar monatelang gesammelt hatte, angeblich um die Vögel damit zu füttern.

Gegen ihre Mithospitalitinnen wurde sie schließlich ganz unleidlich; abgesehen von groben Beleidigungen und Bedrohungen gegen jene, nahm sie alle Kaffeetöpfe fort, warf Sachen umher und schlug eine andere Insassin so mit dem Stock, daß sie eine erhebliche Kopfkontusion erlitt. Man mutmaßte, daß die Kranke sich dem heimlichen Trunke ergeben hätte.

Am 20. Januar 1915 beging die F. einen Suicidversuch im Hospital; sie wollte sich die Pulsadern öffnen, nachdem sie das gesuchte Lysol nicht gefunden hatte. Hierauf erfolgte ihre Ueberführung nach Herzberge; bei der Aufnahme gab sie als Grund für ihren Suicidversuch die Beschimpfungen an, die sie im Hospital erlitten hatte.

Der körperliche Zustand der Pat. war folgender:

Eine kleine untersetzte Person:

|                      |        |
|----------------------|--------|
| Körpergröße          | 1,35 m |
| Umfang in Nabelhöhe  | 1,21 m |
| Umfang in Achselhöhe | 1,04 m |
| Schulterumfang       | 98 cm  |
| Umfang des Oberarms  | 39 cm  |

|                      |       |
|----------------------|-------|
| Umfang des Unterarms | 24 cm |
| Oberschenkelumfang   | 59 cm |
| Knieumfang           | 39 cm |
| Umfang der Wade      | 35 cm |

Am oberen Teile der Brust, an den Schultern, den Oberarmen, dem oberen Drittel der Unterarme, an den Bauchdecken und mammae, den Beinen, mit Ausnahme des distalen Drittels der Unterschenkel sowie der Füße, findet sich eine enorme Ansammlung von ziemlich zähem Fett, das ohne direkt scharfe Grenzen in die Umgebung übergeht.

Man hat bei der Betastung der Oberschenkel das Gefühl, als palpiere man auf einer fest, aber ungleichmäßig gestopften Wurst; es ist, als fühle man festere oder lockere Brocken; an den Oberarmen ist, besonders wenn die Pat. die Arme hebt, das Fett wammenartig und pendelndartig herabhängend. Die Haut ist im wesentlichen von den Fettmassen abhebbar, doch scheinen an der Außenseite der Oberschenkel einzelne, etwa markstückgroße Stellen bindegewebig nach innen gezogen zu sein, sodaß das Oberflächenrelief direkt beeinflußt ist.

Auf der Haut zeigt sich, gleichfalls an den Oberschenkeln, eine feine Gefäßzeichnung, sonst ist sie, wenn man von einzelnen Kontusionsflecken absieht, nirgends pathologisch verändert.

Innere Organe sind gesund, abgesehen von einem leichten systolischen Geräusch an der Herzspitze.

Schilddrüse wegen der starken Fettmassen nicht palpabel. Röntgenaufnahme zeigt keine Vergrößerung der Sella turcica. Die Fettmassen sind hochgradig schmerzhaft; schon die geringste Berührung, das leiseste Abheben der Haut von den Fettwülsten bereitet der Pat. große Schmerzen; sobald sie unvorsichtigerweise sich dreht und mit der Bettleiter in leichteste Berührung gerät, schreit sie vor Schmerz; es zeigen sich dann auch an den fettgepolsterten Stellen blaue und grüne Flecke, als Zeichen subkutaner Blutungen.

Andere sonst doch bedeutend empfindlichere Körperstellen, z. B. das Nagelglied des kleinen Fingers, kann man stark drücken, ohne daß Pat. es als schmerzhaft empfindet.

Nervensystem:

|             |   |                                     |
|-------------|---|-------------------------------------|
| beiderseits | { | Patellarrefl. sind sehr gesteigert. |
|             |   | Babinski —                          |
|             |   | Oppenheim —                         |
|             |   | Mendel-Becht —                      |
|             |   | Fußklonus nicht ausgesprochen.      |
|             |   | beiderseits Achillessehnenrefl. +   |
|             |   | beiderseits Bauchdeckenrefl. —      |

Es besteht starkes fibrilläres Zucken der Gesichts- und Zungenmuskulatur; die Zunge wird auch in toto zitternd herausgestreckt.

Kein Masseterreflex.

Kein Saugreflex.

Pupillen reagieren auf Lichteinfall; ebenso sind

|             |   |                |   |            |
|-------------|---|----------------|---|------------|
| beiderseits | { | Convergenz =   | } | Reflex + . |
|             |   | Corneal =      |   |            |
|             |   | Conjunctival = |   |            |

Die Pat. hat starken tremor manuum, so daß der Finger-Finger-Versuch und der Finger-Nasen-Versuch erst nach häufigem Vorbeitasten gelingen.

Das Rombergsche Zeichen ist nicht zu prüfen, da sich die Pat. überhaupt nicht auf den Beinen halten kann. Ebenso ist sie unfähig, in Rückenlage die Beine an den Körper zu ziehen.

Beugt man unter starken Schmerzen für die F. ihre Beine, so kann sie dieselben nur dadurch strecken, daß sie auf der Unterlage Rutschbewegungen ausführt und ein Bein am anderen entlangbugsiert.

Dynamometrische Messung der Hände ergibt

rechts 26 Teilstriche

links 16 „

Abgesehen von der Hyperalgesie der Fettmassen hat die F. keinen pathologischen Sensibilitätsbefund.

Berührungen werden allenthalben prompt empfunden, ebenso Nadelstiche als schmerzhaft angegeben.

Warm und kalt, spitz und stumpf werden richtig unterschieden. —

Augenspiegelung (Prof. Greef) ergab: Cataracta incipiens, ferner eine ziemlich starke Neuritis nervi optice.

Blutuntersuchung förderte keinen pathologischen Befund.

|      |          |                       |
|------|----------|-----------------------|
| Urin | Alb. —   | } spez. Gewicht 1013. |
|      | Sacch. — |                       |

Die F. leidet unter dauerndem Bettnässen, kann den Urin nicht halten, obwohl sie durchaus Harndrang verspürt.

---

Die Pat. klagt über starkes Sausen im Kopf; es pfeift darin, als wenn „Eisenbahnzüge losfahren“; gelegentlich ist das Geräusch so stark, daß die Pat. darüber ziemlich laute Sprache nicht versteht. Sie leidet sehr unter der Gehörhalluzination. Täglich jammert sie bei der Visite über ihre Qualen; der Arzt könne sich garnicht vorstellen, wie entsetzlich ihr Zustand sei. Das Pfeifen dauert Tag und Nacht an und raubt ihr den Schlaf; Pat. braucht tatsächlich oft Schlafmittel.

### Status psychicus.

Wir wollen zur besseren Darlegung des psychischen Verhaltens der Kranken das Ergebnis einer Exploration derselben wiedergeben.

Pat. wird auf einem Fahrstuhl in das Zimmer gefahren; sie ist etwas scheu, gewinnt aber bald Zutrauen und ist nun leicht ansprechbar.

|                               |                                                                                                  |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name:                         | Klara F.                                                                                         |
| Wo sind Sie hier?             | Herzberge.                                                                                       |
| Was für Leute sind hier?      | Geisteskranke.                                                                                   |
| Sind Sie selbst geisteskrank? | Nein; ich bin nervenleidend, ich kann so schlecht schlafen, ich rege mich über alles leicht auf. |
| Wo haben Sie zuletzt gewohnt? | Saarbrückerstr. 53 (richtig).                                                                    |
| Wie lange schon bei uns?      | 5 Tage (richtig).                                                                                |

|                                               |                                                                                                    |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wann geboren?                                 | 20. VIII. 1854.                                                                                    |
| Wie alt also jetzt?                           | 60 Jahre.                                                                                          |
| Wo zur Schule?                                | In Berlin; ich bin aber nicht viel zur Schule gekommen, ich habe erst mit 6 Jahren laufen gelernt. |
| Name irgend eines Lehrers?                    | Sommerkorn, der war Oberlehrer.                                                                    |
| Pastor der Einsegnung?                        | Tiske; ich bin in Rüdersdorf eingesegnet worden.                                                   |
| Unser Kaiser?                                 | Wilhelm II.                                                                                        |
| Dessen Vater?                                 | Friedrich III.                                                                                     |
| Wann war der letzte Krieg?                    | 70/71.                                                                                             |
| Gegen wen?                                    | Gegen die Franzosen, gegen Napoleon III; da war auch am 2. Sept. die Schlacht v. Sedan.            |
| Wieviel Einwohner hat Berlin?                 | $1\frac{1}{2}$ Million, vielleicht $1\frac{1}{2}$ , es können auch 2 sein.                         |
| An welchem Fluß liegt Berlin?                 | An der Spree, die fließt in die Havel.                                                             |
| Wer war Moses?                                | Ein Prophet.                                                                                       |
| Von welchem Volk?                             | Von den Juden.                                                                                     |
| Was getan?                                    | Der wurde im Korbchen ausgesetzt und aufgefunden.                                                  |
| 7. Gebot?                                     | Du sollst nicht stehlen.                                                                           |
| Was heißt das?                                | Man soll keinem etwas fortnehmen, das ist böse, der liebe Gott hat es verboten.                    |
| Wenn's aber niemand sieht?                    | Na, Sie sind <b>mir</b> ein Netter, dann darf man's ebensowenig; <b>das</b> ist doch Sünde.        |
| Vaterunser?                                   | Wird prompt aufgesagt; die Deklamation verrät Verstandnis des Stoffes.                             |
| Unterschied zwischen Preußen und Deutschland? | Deutschland ist das Land, wo Preußen darin liegt; Deutschland ist größer.                          |

|                                          |                                                                                                                 |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fluß und See (Unterschied)?              | Fluß ist wohl kürzer als ein See, oder so — da habe ich keine Ahnung, wie das ist.                              |
| Ochs und Pferd?<br>(Unterschied?)        | Das ist wohl alles eins, ein Pferd ist zahm, ein Ochs nicht. — Ein Pferd hat keine Hörner, ein Ochs hat Hörner. |
| Lüge und Irrtum<br>(Unterschied?)        | Lüge ist etwas Böses, Irrtum — da ist nichts dabei; lügen soll man nicht.                                       |
| Wozubraucht man ein Messer?              | Zum Schneiden.                                                                                                  |
| „ „ „, einen Kahn?                       | Um auf dem Wasser zu fahren.                                                                                    |
| „ „ „, einen Wagen?                      | Um auf der Straße zu fahren.                                                                                    |
| Sprichwörter: Hunger ist der beste Koch. | Wenn einer hungrig ist, dann ißt er alles; das muß man mal erlebt haben.                                        |
| Was heißt das?                           |                                                                                                                 |
| Morgenstunde hat Gold im Munde?          | Am Morgen arbeitet man am besten; wenn einer lange schläft, kommt er zu nichts.                                 |

Merkfähigkeit: 3. 4. 7. 8. 6. Pat. spricht die Zahlen zunächst nach, wird aufgefordert, sie sich zu merken.

Zwischenrechnung:  $2 \times 4 = 8$  (prompt)

$2 \times 8 = 16$  (prompt)

Zahlen wiederholen! 3. 4 — — — dann kam wohl 6.

Wiederholung fördert das gleiche Resultat.

$3 \times 4 =$

Pat. rechnet lange, kommt nicht, auch mit Nachhilfe nicht, zum richtigen Ergebnis-

Wiederholung ergibt das Gleiche.

1 Pfd. Butter =

1,80 M.

$\frac{1}{2}$  „ „ =

90 Pfg.

Zusammenfassend können wir also sagen:

Das Gedächtnis ist für das Frühergelernte oder Selbst-erlebte ziemlich intakt.

Merkfähigkeit, an 6 Ziffern geprüft, förderte nach  $\frac{1}{2}$  Minute Intervall mit Ablenkung einen Defekt insofern,

als nur die beiden ersten und die letzte Zahl noch genannt werden.

Rechnungen aus dem kleinen Einmaleins führte Pat. gut aus; beim großen Einmaleins versagte die F., was aber bei ihrem unregelmäßigen Schulbesuche nicht zu verwundern ist.

Die Urteilkraft ist im wesentlichen nicht gestört; Zweckfragen werden leidlich beantwortet, entschieden schlechter Urteilsfragen.

Spontan äußert sich die Pat. zu Beginn etwa folgendermaßen:

Im Siechenhaus sei sie beschimpft worden; in Herzberge sei es ganz anders; sie werde bedeutend besser behandelt, wenn auch die Pflegerinnen gelegentlich sie hinter anderen Patientinnen zurücksetzen.

Nach einigen Wochen beklagt sie sich genau wie im Siechenhaus über schlechte Behandlung seitens der Wärterinnen; zu ihr sei man unhöflich, geizig mit dem Essen, ihr werde jede Untat in die Schuhe geschoben. Diese Vorwürfe bringt sie unter starkem Affekt vor; nach etwa 3 Tagen pflegt sie sich dann zu beruhigen und ist danach freundlicher und ansprechbar.

Im Mai wurde die Pat. wieder sehr aufgeregt; sie warf mir vor, ich habe sie eine Säuerin geschimpft und sei überhaupt stets lieblos und grob zu ihr; einige Tage war sie wieder sehr abweisend, dann zeigte sie sich wieder zugänglich; meinen Fragen, wie denn das mit den Beleidigungen sei, die sie von mir gehört hätte, blieb sie die Antwort schuldig. Letztlich äußerte sie wieder Beeinträchtigungsideen, deren genaueren Inhalt sie nicht angab; desto heftiger gestaltete sich die Reaktion, sie warf Eßgeschirr auf die Erde und nach den Kranken.

Die Kranke, welche somatisch zweifellos an A. D. leidet, bietet also psychisch folgendes Bild:

Nach einer Zeit unbestimmten Klagens und Nörgelns stellten sich Halluzinationen auf taktilem (Ungeziefer) und akustischem Gebiet, sowohl Akoasmen als auch Phoneme ein, die im Sinne der Beeinträchtigung wahnhaft verarbeitet wurden. Wir haben also eine paranoide Erkrankung vor uns.

Fassen wir die Ergebnisse der früheren psychiatrischen Explorationen und unsere eigene Beobachtung zusammen, so kämen wir etwa zu folgendem Resultat:

Es handelt sich meist um psychisch minderwertige Individuen. Auf dieser Grundlage entsteht gelegentlich eine Psychose, die mit Verstimmung, trauriger und starker Reizbarkeit, Beeinträchtigungsideen einhergeht. Wir glauben einen gewissen Zusammenhang annehmen zu können zwischen dem Gefühl der eigenen Insuffizienz bei den Kranken und der somatischen Empfindlichkeit und der Reizbarkeit und psychischen Vulnerabilität. Wie ja auch Krüppel häufig wesentliche, bereits das Pathologische berührende Charakterveränderungen zeigen. Bei Schwerhörigen besonders sind ja mehrfach paranoide Bilder beschrieben worden, deren Entstehung psychologisch in der mangelhaften Möglichkeit, sich über Vorgänge der Außenwelt gehörig zu orientieren, begründet ist; selbstverständlich muß dann aber auch eine Disposition zur psychischen Erkrankung vorhanden sein.

Weniger in das Bild einer paranoischen Erkrankung paßt das sinnlose Sammeln von Brotresten, wie es häufiger bei senilen Psychosen vorkommt.

Pat. klagt nur zeitweilig über die beschimpfenden Stimmen. Es ist möglich, daß die Pat. ihre „Stimmen“ dissimuliert; sie hat eben die Erfahrung gemacht, daß sie nur schlecht damit fährt, wenn sie sich zu Aeüßerungen oder tätlichen Reaktionen auf die „Beschimpfungen“ hinreißen läßt. Kommt es dann irgendwann doch zu einem explosiven Zornesausbruch, so können wir uns vorstellen, daß die „Stimmen“ ihr unerträglich wurden und sie eine Weile ihre Vorsicht vergessen ließen.

---

Die Prognose unseres Falles stellten wir quoad sanationem ungünstig. Therapeutisch suchten wir, leider erfolglos, das Bettnässen durch Darreichung von Sedobrol zu bekämpfen; vorübergehenden Erfolg hatten wir mit Salycilgaben gegen das Sausen und Pfeifen im Kopf; gegen ihre Schlaflosigkeit

erhält die Pat. nach Bedarf Schlafmittel. Wir suchten durch geeignete Lagerung die Schmerzen der F. zu lindern.

---

Wir haben zwar einen kasuistischen Beitrag zur Nosologie der A. D. geben können, aber leider aus dem Falle keine Anhaltspunkte gewonnen, um das Dunkel, welches das Wesen dieser Krankheit einhüllt, zu erhellen. Eine spezielle Aetiologie kennen wir nicht, oder besser gesagt — die ätiologischen Momente treten uns in solcher Mannigfaltigkeit entgegen, daß von einer oder auch von einigen Ursachen, die uns das Wesen des Leidens erkennen ließen, nicht die Rede sein kann. Die Symptomatologie ist heute zum mindesten noch schwankend; ex juvantibus einen Schluß auf die Art der Krankheit zu ziehen, ist leider nicht möglich; auch die pathologische Anatomie verläßt uns ganz; die Veränderungen an den verschiedenen Organen sind teils gering, teils nicht im mindesten eindeutig, teils fehlen sie völlig.

Im Ganzen scheint die A. D. auf eine Erkrankung einer oder mehrerer Drüsen mit innerer Sekretion hinzuweisen (Noorden). Vielleicht wird auch durch die Dysfunktion dieser Drüse (oder Drüsen) eine Störung des Sympathicus hervorgerufen, die ihrerseits die Symptome der A. D. zeitigt.

Ist die fragliche Drüse die Thyreidea und besteht eine Hypofunktion derselben, worauf ja verschiedene pathologische Befunde hinzuweisen scheinen, so ist tatsächlich nicht einzusehen, warum das eine Mal Myxödem, das andere Mal A.D. aus der Hypofunktion entsteht; aber räumen wir nur ein, daß gerade die Drüsen mit Innensekretion noch viel Unbekanntes bergen; die Lösung dieser Aufgaben bringt vielleicht auch Einigung der Ansichten über die A. D.

---

Am Schlusse der Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Liepmann für die Ueberlassung des Falles und Herrn Sanitätsrat Dr. Falkenberg meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

## Literatur.

---

- Dercum, Amer. Journ. of the Med. Sciences 1892 p. 521 ff.  
 " " " " " " " " 1902 p. 994 ff.  
 Kaplan und Fedotow, Allgem. med. Zentralzeitung 1902 Nr. 78—80.  
 Strübing, Archiv für Dermatologie und Syphilis 1902 p. 171 ff.  
 Debove, Archives générales de médecine 1903 p. 3156 ff.  
 Ballet, Presse médicale 1903 p. 285 ff.  
 Thimm, Monatshefte f praktische Dermatologie 1903 p. 281 ff.  
 Hall und Walbrach, Amer. Journ. of the Med. Sciences 1904 p. 318 ff.  
 Schwenkenbecher, Deutsches Archiv für klin. Medizin 1904 p. 317 ff.  
 Ewald, Berl. klin. Wochenschrift 1905 p. 58.  
 Loening-Fuss, 23. Kongress f. innere Medizin 1906  
 Dühring, Ueber adipositas dolorosa, Greifswald 1906 (Dissertation)  
 Kraft, Die Dercumsche Krankheit, Berlin 1907 (Dissertation)  
 Bab, Ueber adipositas dolorosa, Berlin 1910 (Dissertation)  
 Byloff, Wiener klin. Wochenschrift 1912 Nr. 23.  
 Gerhardt, Würzburger Aerzteabend (Sitzung v. 8. Oktober 1912) Refer.  
 in Münch. Med. Wochenschr. v. 14. Januar 1913.  
 Schmincke, Aerztlicher Verein München, (Sitzung v. 10. Juli 1912)  
 Refer. in Münch. Med. Wochenschr. v. 24. September 1912.  
 Dammann, Frankfurter Zeitschrift für Pathologie 1913 p. 337.  
 Stark, Med. Gesellschaft zu Kiel, (Sitzung v. 10. Juli 1913) Refer. in  
 Münch. Med. Wochenschr. v. 9. September 1913.  
 Kastan, Verein für wissensch. Heilkunde in Königsberg (Sitzung v.  
 24. November 1913) Refer. in Münchener Med. Wochenschr.  
 v. 23. Dezember 1913.  
 Hirschfeld in Lewandowski, Handbuch der Neurologie Bd. IV  
 p. 455 ff.
-

## Lebenslauf.

---

Ich, Berndt Götz, mosaischer Religion, wurde am 20. Januar 1891 zu Rybnik (Oberschlesien) als Sohn des Dirigenten der dortigen höheren Knabenschule, Dr. phil. Oscar Götz, und seiner Ehefrau Ernestine, geb. Mendelsohn, geboren. Im Jahre 1894 wurde mein Vater zum Direktor der Nauen'schen Erziehungsanstalt zu Berlin gewählt. Hier, in Berlin, erhielt ich meinen ersten Schulunterricht in der Knabenschule der jüdischen Gemeinde. Schon nach  $1\frac{1}{2}$  Jahren wurde ich umgeschult und kam auf das Friedrichsgymnasium, das ich im Jahre 1909 mit dem Zeugnis der Reife verließ. An der Berliner Friedrich-Wilhelms-Universität widmete ich mich dem Studium der Medizin. Im Jahre 1911 bestand ich die ärztliche Vorprüfung, im Sommersemester des Jahres 1914 die ärztliche Staatsprüfung und erhielt sogleich meine Approbation als Arzt.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

Adam, Albrecht, Axhausen, v Bergmann, Bier, Blumreich, Bonhoeffer, Bumm, Ceelen, Czerny, Fischer, Flügge, Forster, Franz, Gabriel, Goldscheider, Gröber, Heffter, Hertwig, His, Kaiserling, Killian, Klapp, Kraus, Krückmann, Leßer, Lewin, Nicolai, Oestreich, Orth, Paßow, Plesch, Rubens, Rubner, Schulze, Schwendener, Silex, Sonnenburg, Steudel, Straßmann, Virchow, Waldeyer, Westenhöfer, Ziehen.

Allen diesen Herren, meinen hochverehrten Lehrern, spreche ich an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank aus.

Bis Mitte Dezember 1913 war ich als Volontär-Arzt am städtischen Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus (Geheimrat Baginsky) tätig, dann trat ich als Assistenzarzt in die städt. Irrenanstalt Herzberge ein, wo ich noch jetzt bin. —

---